Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 17.904
Diffusione 09/2015: 12.468
Lettori Ed. II 2015: 286.000
Quotidiano - Ed. Marche

Corriere Adriatico

Dir. Resp.: Paolo Traini

19-NOV-2015
da pag. 3
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Le mamme italiane sono sempre più anziane

Come si nasce nel nostro Paese: gravidanze troppo medicalizzate La preoccupazione: un parto su dieci in punti nascita a rischio

IL RAPPORTO DEL MINISTERO

LIVIA PARISI

Roma

Sono sempre più anziane le mamme italiane, continuano a fare pochi figli e ancora troppo spesso, 4 volte su 10, partoriscono con taglio cesareo. Ma a preoccupare è che, ancora oggi, un parto su 10 avviene in punti nascita 'a rischiò e al termine di una gravidanza molto medicalizzata, dove in media ogni donna si sottopone a 5 ecografie, quando normalmente se ne consigliano solo tre. A fornire il quadro di come si nasce in Italia è il Rapporto annuale sull'evento nascita, realizzato dal Ministero della Salute, che illustra i dati rilevati nel 2013 dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP).

Basato sui dati di 526 punti nascita, il rapporto mostra il continuo calo del numero medio di figli per donna, arrivato a 1,39 nel 2013, rispetto a 1,46 del 2010. Le Province Autonome di Trento e Bolzano mostrano livelli più elevati di fecondità, mentre le regioni meno prolifiche sono Sardegna, Basilicata e Molise. L'età media delle mamme italiane si avvicina sempre più ai 33 anni (32,7), e il numero delle nascite continua a calare, attestandosi a 512.327, così come cala quello dei parti, 503.272. In particolare, uno su 5 è relativo a madri di cittadinanza non italiana, ma in regioni come Emilia Romagna e Lombardia, questa percentuale arriva al 30%. L'8,6% delle donne mette al mondo figli in punti nascita 'a rischiò, perchè effettuano meno di 500 parti annui, soglia minima, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, affinchè la struttura possa essere considerata 'sicurà. Altro aspetto che preoccupa gli esperti è la percentuale di cesarei, pari al 35,5% dei parti, ma con picchi del 53,8% nelle case di cura private contro il 33,1% degli ospedali pubblici. Interessante notare come le madri italiane vi ricorrano nel 37,3% dei parti, mentre quelle straniere solo nel 28,5%. Dal punto di vista geografico, alla Campania resta la 'maglia nerà, con cesarei a quota 59%.

A destare allarme, in un periodo in cui le prestazioni inutili sono nel mirino, sono le troppe ecografie, spesso non necessarie. In media ogni gestante ne fa oltre 5 in 9 mesi di gravidanza quando è di tre numero raccomandato dal Ministero della Salute: si va da 3,8 ecografie per parto nella Regione Piemonte a 7 ecografie nella Regione Basilicata. «I dati rilevati - si legge nel rapporto - evidenziano ancora il fenomeno dell' eccessiva medicalizzazione e del sovra-utilizzo di prestazioni diagnostiche in gravidanza», tanto più che «il numero di ecografie effettuate non appare correlato al decorso della gravidanza». Se alcune donne si controllano troppo, altre lo fanno troppo poco, in genere le più giovani. In particolare il 3,8% delle madri al di sotto dei 20 anni non fanno controlli e il 13,7 li fa tardi (con prima visita oltre l'undicesima settimana di gestazione). L'88,3% dei parti, ma con ampia variabilità regionale, avviene negli ospedali pubblici o convenzionati, l'11,7% nelle case di cura private e solo lo 0,1% a casa. L'1,66% delle gravidanze è frutto della procreazione medicalmente assistita. Infine, 9 volte su 10, al momento del parto, la donna ha accanto a sè il padre del bambino o della bambina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 170.305
Diffusione 09/2015: 125.286
Lettori Ed. II 2015: 1.125.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Il Messaggero

Dir. Resp.: Virman Cusenza

19-NOV-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Eterologa, violato l'anonimato dei donatori

▶Secondo il Garante della privacy non si è rispettata la legge 40 che obbliga a criptare i dati. Possibili sanzioni amministrative

▶Irregolarità accertate fino a giugno. Il Centro nazionale trapianti replica: «Ora tutto è risolto, ci siamo già adeguati alle norme»

LA SEGNALAZIONE ERA ARRIVATA DALL'ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, CHE ANNUNCIA: CHIEDEREMO IL RISARCIMENTO DANNI

IL CASO

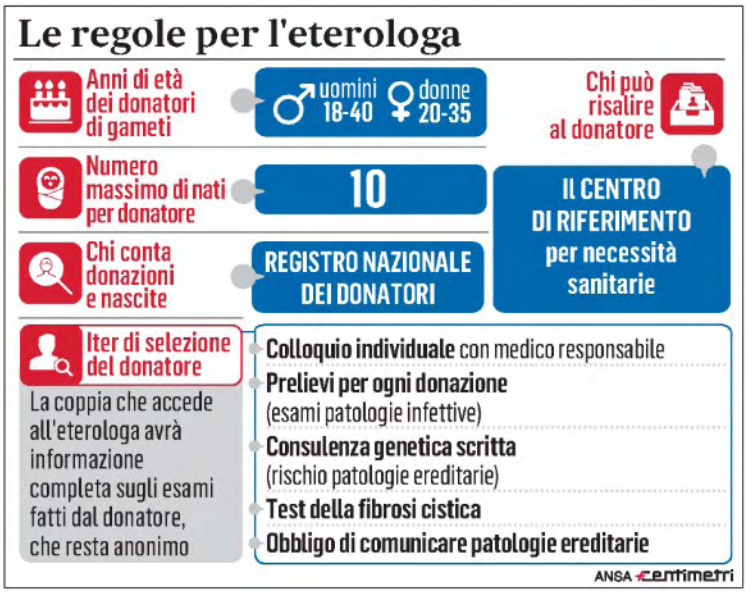
ROMA Il Garante per la privacy ha stabilito che l'Italia ha violato l'anonimato dei donatori di seme e ovuli per la fecondazione eterologa. Il pronunciamento dell'Authority è arrivato ieri in risposta a una segnalazione dell'Associazioni Luca Coscioni che ora chiede l'intervento del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin. Durante una conferenza stampa che si è svolta a Montecitorio, il segretario dell'associazione, Filomena Gallo, ha spiegato che «lo scorso aprile il Centro nazionale trapianti ha chiesto a Regioni e Centri l'invio tramite fax dei dati in chiaro dei donatori e quelli della circonferenza cranica e malformazioni dei nati da eterologa, nonostante la Legge 40 sulla procreazione assistita preveda che i donatori siano anonimi ed i loro dati criptati e che lo stesso garante nel 2005 abbia stabilito che non possono essere creati registri speciali dei nati». Ora il Garante per la protezione dei dati «sta valutando le sanzioni amministrative da applicare», accertata l'avvenuta violazione nel periodo che va da aprile a fine giugno di quest'anno. Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, ha poi evidenziato che i nomi dei donatori, le professioni, i codici fiscali, lo stato civile, i dati sulle residenze avrebbero dovuto restare anonimi, ma per mesi hanno circolato nelle Regioni. «Da luglio – ha poi aggiunto Cappato - è stato adottato un algoritmo di cifratura criptato, ma quegli elenchi hanno di fatto una potenzialità di uso criminale anche per i prossimi anni, gettando in una situazione di pericolo donatori e coppie».

LA DIFESA

Si difende il Centro nazionale trapianti, dal quale è arrivata ieri una precisazione: «Alcune incoerenze del sistema di raccolta dei dati dei donatori di cellule riproduttive rispetto alle norme vigenti in materia di riservatezza, sono state, ad oggi, superate attraverso un puntuale lavoro di revisione cui il Centro ha provveduto in collaborazione con l'ufficio legislativo del ministero della Salute e sulla base delle indicazioni dell'ufficio del Garante». In una nota si specifica inoltre che i dati sono stati raccolti in forma cartacea e che l'attuale Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive a scopi di procreazione medicalmente assistita di tipo eterologo ha lo scopo di rendere tracciabile il percorso delle cellule riproduttive dal donatore al nato e viceversa, nonché il conteggio dei nati generati dalle cellule riproduttive di un medesimo donatore. Il Cnt garantirebbe con le procedure esistenti la privacy, ma anche «la sicurezza sanitaria di tutti i soggetti coinvolti nel processo, cioè donatori, riceventi e nascituri». Parole che non convincono l'Associazione Luca Coscioni, che ha parlato ieri di gravissima violazione, chiedendo l'intervento del ministero della Salute per ottenere le dimissioni del direttore del Cnt, Nanni Costa, responsabile del Registro dei donatori. Gallo ha infine annunciato che, nonostante non si conosca al momento l'entità dei dati trasmessi o il numero dei donatori interessati, la sua Associazione agirà «sicuramente anche per una richiesta di risarcimento danni».

Simona Ciaramitaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA



data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

19-NOV-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Il caso

Eterologa fallita? «Colpa del Centro nazionale trapianti»

di Enrico Negrotti

Per una presunta violazione della legge 40 l'Associazione radicale Luca Coscioni – con alcuni centri di procreazione medicalmente assistita (Pma) – chiede al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, le dimissioni del direttore del Centro nazionale trapianti (Cnt), Alessandro Nanni Costa. E lancia la proposta di abolire le consulenze genetiche sui donatori di gameti per le tecniche di tipo eterologo, che altrimenti rischierebbero di essere "bloccate". Era stata la stessa associazione Coscioni – hanno reso noto ieri Filomena Gallo e Marco Cappato, rispettivamente segretario e tesoriere – a segnalare al Garante della privacy che il Cnt aveva chiesto ai centri di fecondazione assistita l'elenco in forma cartacea dei donatori di gameti, ma senza adottare precauzioni che rendessero anonimi i dati. E di recente, hanno riferito ancora Gallo e Cappato, il Garante «ha accertato che la violazione c'è stata da aprile a fine giugno 2015 e sta valutando le sanzioni amministrative da applicare».

Ma nulla che riguardi la legge 40. Dopo la sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale (che ha abolito il divieto di fecondazione eterologa in Italia) le procedure per regolare queste tecniche sono oggetto di valutazioni del Consiglio superiore di sanità e Conferenza Stato-Regioni. Ma già l'anno scorso la legge di stabilità 2015 (articolo 1, comma 298) ha previsto l'istituzione di un Registro nazionale dei donatori di cellule riproduttive a scopi di Pma di tipo eterologo: la raccolta di tali dati dovrà avvenire con modalità informatiche, assicurando l'anonimato dei donatori. In attesa che il Registro diventi operativo, la legge ha stabilito che i dati siano trasmessi su carta. E per alcuni mesi si sarebbe verificata una condotta non conforme al Codice in materia di protezione dei dati personali, che è stata corretta dal Cnt da luglio facendo utilizzare ai centri di Pma un algoritmo di cifratura che non rende possibile l'identificazione dei donatori. Tutte le modifiche apportate sono state approvate dall'ufficio del Garante, che pertanto non ritiene necessario adottare un provvedimento, valutando solo un'eventuale sanzione amministrativa. Non si capisce dunque dove sarebbe la violazione della legge 40 lamentata dall'associazione Coscioni: vietando la fecondazione eterologa, la norma del 2004 non prevedeva un registro dei donatori. Una nota del Cnt ha poi precisato che il Registro istituito dalla legge «ha lo scopo di rendere tracciabile il percorso delle cellule riproduttive dal donatore al nato e viceversa, nonché il conteggio dei nati generati dalle cellule riproduttive di un medesimo donatore».

Più singolare è la richiesta di abolire la consulenza genetica per i donatori di gameti. La Direttiva europea sulla donazione di cellule e tessuti (2006/17) ha una norma specifica (allegato III, punto 3) che prevede una selezione dei donatori non solo per i virus più comuni ma anche per geni autosomici recessivi che risultino prevalenti «nel contesto etnico del donatore», oltre a una valutazione del rischio di trasmissione di patologie ereditarie. La norma ha lo scopo di tutelare i riceventi di cellule e tessuti: in questo caso le aspiranti madri (che vanno informate sui rischi) e i futuri nati. A meno che non si preferisca fare screening con la diagnosi preimpianto sugli embrioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 132.733
Diffusione 09/2015: 98.894
Lettori Ed. II 2015: 393.000
Quotidiano - Ed. nazionale

Avvenire

Dir. Resp.: Marco Tarquinio

19-NOV-2015
da pag. 17
foglio 1
www.datastampa.it

Un altro ricorso, embrioni sotto tiro

Il punto

La Corte Costituzionale discuterà nel marzo 2016 il destino di quella parte della legge 40 che ancora vieta di usare vite umane come cavie da laboratorio. Dopo il recente sì all'eugenetica tutto è possibile

di Marcello Palmieri

Dopo l'ultima sentenza della Consulta sulla legge 40, la 229/2015 depositata mercoledì della scorsa settimana, è opportuno riflettere sulla portata delle sue conseguenze pratiche. La pronuncia può dividersi in due parti. La prima, al di là dei tecnicismi giuridici, conferma quanto già stabilito dalla Corte nella sentenza 96/2015 di giugno: è possibile selezionare embrioni "sani" e impiantare in utero solo quelli. Bisogna però che gli aspiranti genitori soffrano di malattie ereditarie, e queste devono essere potenzialmente in grado di generare bambini che in gravidanza espongano la gestante a gravi rischi per la salute fisica o psichica. La seconda parte, invece, conferma la validità della legge 40 nella parte in cui vieta in modo assoluto la soppressione degli embrioni. Ma che fare dunque con quelli "difettosi"? Prima delle varie pronunce della Consulta, la legge 40 portava un principio cardine: ciò che viene fecondato deve obbligatoriamente nascere. Non c'era dunque nessuna distinzione tra embrioni sani o embrioni "malati": tutto ciò che veniva fecondato doveva essere destinato alla nascita. Ora non è più così: nei casi sopra descritti gli embrioni possono non essere impiantati, ma non possono essere uccisi. Il loro destino è dunque quello di rimanere congelati a tempo indeterminato.

Da qui discendono vari interrogativi. Tutti coloro che trattano questa materia – o quasi – si dichiarano contrari all'eugenetica. Ma non è eugenetica decidere quale vita è degna di nascere e quale no? Permettere che alcuni embrioni non vengano impiantati, salvo poi imporre l'obbligo che siano comunque conservati nel congelatore, sembra una previsione poco comprensibile. Che abbia forse posto le basi per aprire ad altri loro usi in contrasto con l'attuale dettato della legge? Domanda tutt'altro che peregrina, visto che il 22 marzo 2016 la Corte costituzionale discuterà la legittimità del divieto di utilizzare gli embrioni per la ricerca scientifica, con particolare riguardo a quelli che la stessa Consulta ha dichiarato sostanzialmente "inservibili".

Il quadro sembra poco chiaro. Da un lato, la sentenza di settimana scorsa ha messo nero su bianco che «il vulnus alla tutela dell'embrione (ancorché) malato» derivante dalla sua soppressione «tamquam res», vale a dire «come fosse una cosa», non trova giustificazione. Dall'altra, la pronuncia si è accodata a quella di giugno, aprendo definitivamente alla diagnosi pre-impianto, cioè – nella sostanza – alla possibilità di scartare embrioni che non corrispondano a criteri predeterminati. Qual è dunque la loro dignità? Non certo quella di una cosa, ha detto la Corte, ma neanche quella di persona, visto che il suo naturale processo di sviluppo può essere impunemente interrotto. Una cosa è certa: ciò che la scienza definisce vita umana il diritto lo protegge incondizionatamente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

CORRIERE DELLA SERA.it

19-11-2015
Lettori
38.890

http://www.corriere.it/salute/

CAMPAGNA AIOM

Il vaccino Hpv rende immuni da tumori e condilomi, ma ancora troppi genitori non lo sfruttano

Dal 2007 viene offerto gratis alle ragazzine 12enni (e ora in alcune Regioni anche ai coetanei maschi), ma lo sfrutta solo il 70 per cento degli aventi diritto

di Vera Martinella

Il 75 per cento dei casi di tumore del collo dell'utero potrebbe essere evitato grazie alla vaccinazione contro il Papilloma Virus Umano (HPV). È una delle neoplasie più frequenti nelle giovani donne sotto i 50 anni d'età, si trova infatti al quinto posto nella classifica dei tumori femminili più diffusi, con 2.100 nuove diagnosi stimate in Italia nel 2015. Non solo. L'HPV può causare il cancro in altre parti del corpo come vulva, vagina, pene, ano, bocca e faringe. È pericoloso, quindi, anche per gli uomini. Ma nel nostro Paese la vaccinazione, introdotta nel 2007/2008 per le dodicenni (prima che entrino a contatto con il virus, che si trasmette sessualmente), ha una copertura a macchia di leopardo, con il rischio di non garantire a tutta la popolazione un accesso uniforme a un importante strumento di prevenzione che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Solo 7 ragazze italiane su 10 sfruttano l'opportunità del vaccino gratis

La media italiana della copertura (per le ragazze nate nel 1997) è pari al 70,8 per cento, ben lontana dall'obiettivo del 95 per cento inizialmente stabilito. E si passa da Regioni virtuose come Sardegna (86 per cento), Toscana (83,8), Puglia (83,1) e Basilicata (82,4) alle basse coperture della Provincia Autonoma di Bolzano (26,7), Sicilia (58,3) e Campania (64,9). «Vogliamo promuovere una campagna nazionale di sensibilizzazione rivolta non solo ai cittadini ma anche agli oncologi per abbattere le barriere culturali ancora presenti – ha spiegato Carmine Pinto, presidente dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) durante il recente Congresso Nazionale della società scientifica tenutosi a Roma -. Siamo di fronte a un vero e proprio strumento di prevenzione primaria contro i tumori. Per l'iniziativa di sensibilizzazione (resa possibile grazie a un contributo incondizionato da parte di Sanofi Pasteur MSD) realizzeremo un opuscolo che sarà distribuito in tutte le oncologie e a gennaio 2016 organizzeremo un convegno nazionale per un confronto fra clinici e rappresentanti delle Istituzioni. Dopo più di sei anni dall'avvio del programma di immunizzazione, la copertura vaccinale sembra essersi stabilizzata intorno al 71 per cento e dobbiamo impegnarci per migliorarla».

Ragazzi più a rischio d'infezione delle coetanee femmine

L'Italia è stato il primo Paese in Europa a stabilire la gratuità della vaccinazione anti-HPV e ad assicurarne, contestualmente, la commercializzazione e la rimborsabilità nell'ambito di un programma nazionale. «Il 2007 ha rappresentato un anno di svolta per la tutela della salute della donna in Italia – ha sottolineato Sergio Pecorelli, presidente di AIFA, l'Agenzia Italiana del Farmaco –. Il vaccino è fondamentale anche per proteggere i ragazzi. Un terzo dei casi di infezione da HPV riguarda infatti i maschi che, a differenza delle donne, non dispongono di strumenti ed esami utili per verificare la presenza del virus e le sue conseguenze, come lo screening che permette di accertare la condizione del collo dell'utero. I ragazzi infatti corrono un rischio di infezione di ben cinque volte maggiore rispetto alle adolescenti. Il vaccino anti HPV è stato sperimentato negli anni su più di 25mila adolescenti e donne, dimostrando un'ottima tollerabilità. E la sicurezza è stata valutata in numerosi studi dopo l'immissione in commercio, che hanno coinvolto oltre 200mila persone».

Verruche genitali e vari tipi di tumori causati dal virus

Esistono più di 120 tipi di HPV, che si differenziano a seconda del tessuto che colpiscono e per gravità degli effetti. «La maggior parte delle infezioni da HPV è transitoria – continua Stefania Gori, presidente eletto AIOM -, perché il virus viene limitato dal sistema immunitario prima che sviluppi un effetto patogeno. I virus HPV più importanti sono quattro, etichettati con numeri 6, 11, 16 e 18. I primi due, a basso rischio, causano il 90 per cento dei condilomi (o verruche genitali), lesioni estremamente contagiose e molto dolorose, che interessano gli organi genitali e altre mucose. Gli altri sono responsabili del 75 per cento di tutti i tumori del collo dell'utero e di altre neoplasie come quelle di vulva, vagina, ano, pene e di alcune zone della testa e del collo (lingua, tonsille e gola) che possono interessare anche gli uomini». La vaccinazione è indicata sia nei maschi che nelle femmine a partire dai 9 anni di età. «E' importante proteggersi al più presto – continua Pinto -, quindi prima di entrare in contatto con il virus la cui principale, ma non unica, via di trasmissione è quella sessuale. Purtroppo, però, per ora i ragazzi non possono essere immunizzati gratuitamente in tutte le Regioni, come avviene invece per le coetanee». Nel 2015 Liguria, Puglia, Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Calabria, Molise e in Sardegna le ASL di Sassari e Olbia hanno esteso l'offerta gratuita e attiva ai maschi nel 12esimo anno di vita.

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Tumori ginecologici, outcome migliori aggiungendo metformina alla radioterapia

18 novembre 2015

L'aggiunta di metformina alla radioterapia per il carcinoma endometriale è risultata associata a un miglioramento significativo della sopravvivenza libera da malattia (DFS) in uno studio retrospettivo presentato al congresso annuale dell'American Society for Radiation Oncology, a San Antonio.

Presentando i dati, Jim Zhong, della Emory University, di Atlanta, ha riferito anche che si è osservato un "trend positivo" nel controllo locale e nella sopravvivenza libera da metastasi. "Questi dati da cui scaturiscono ipotesi meritano di essere approfonditi con ulteriori studi" ha detto l'autore.

La ricerca ha coinvolto 185 donne sottoposte all'intervento chirurgico definitivo e alla radioterapia adiuvante presso le cliniche della Emory University di Atlanta tra il 1999 e il 2013. L'età media delle partecipanti era di 61,5 anni e 32 sono state trattate con metformina, mentre 153 no. La maggior parte delle donne in entrambi i bracci dello studio (50% in quello trattato con metformina e 41% in quello no) aveva un tumore in stadio iniziale (IA).

Dopo un follow-up mediano di 49 mesi, tutti gli endpoint correlati alla malattia hanno mostrato risultati più favorevoli nel gruppo trattato con l'antidiabetico. La DFS è stata dell'80,3% nelle donne trattate con metformina e 59,5% in quelle non trattate con il farmaco (HR 0,32, IC al 95% 0,12-0,89; P = 0,03).

La percentuale di controllo locale è stata rispettivamente dell'83,5% contro 69,9% (HR, 0,37; IC al 95% 0,11-1,19; P = 0,08), quella di MFS del 96,2% contro 85,2% (P = 0,13) e quella di sopravvivenza globale dell'83,2% contro 79,1 % (HR 1,02; IC al 95% 0,42-2,46; P = 0,09).

In un altro studio retrospettivo, presentato da Kathy Han del Princess Margaret Cancer Center Center dell'Università di Toronto, la dose cumulativa di metformina è risultata associata a una mortalità cancro-specifica inferiore, indipendentemente da altri fattori, nelle donne che sottoposte a un trattamento definitivo per il tumore della cervice uterina, comprendente la radioterapia.

"C'è grande interesse nel riproporre la metformina come agente antitumorale perché alcuni studi epidemiologici retrospettivi hanno evidenziato nei pazienti diabetici trattati con l'antidiabetico un'incidenza di tumori e una mortalità più bassae rispetto a quelli che non avevano preso questo farmaco" ha spiegato l'autrice. Tuttavia, nessuno degli studi precedenti aveva preso in esame il tumore della cervice uterina.

La Han e i colleghi hanno usato dati provenienti da diversi database canadesi e dell'Ontario per condurre uno studio di coorte che ha coinvolto 181 donne di non meno di 65 anni diabetiche e sottoposte a un trattamento definitivo per il tumore al collo dell'utero tra il 1997 e il 2010.

Dopo un follow-up mediano di 5,8 anni si sono registrati 61 decessi legati specificamente al tumore e 68 decessi per cause non oncologiche.

Han ha riferito che per ogni 365 g di metformina utilizzata in più, l'hazard ratio di decesso dovuto specificamente al tumore cervicale è risultato pari a 0,79 (IC 95% 0,63-0,98; p = 0,03), mentre non si è vista tale associazione per altri farmaci antidiabetici utilizzati.

"Per indagare ulteriormente abbiamo avviato di recente uno studio di fase II randomizzato sulla chemioradioterapia standard con o senza metformina in donne non diabetiche con un tumore del collo dell'utero localmente avanzato" ha detto la Han. "In questo studio abbiamo incluso solo le donne con tumori ipossici", ha riferito, il motivo è che i questi tumori sono notoriamente resistenti alle radiazioni, per cui se la metformina dovesse avere un effetto, ci dovrebbe essere una migliore risposta alla terapia radiante.

In una presentazione a parte, Jeffrey Gross, della Northwestern University di Chicago, ha riportato i risultati di uno studio retrospettivo in cui si è valutato l'impatto dell'iperglicemia sugli outcome in 84 donne con un tumore del collo dell'utero in stadio da IB1 a IVB sottoposte alla chemioradioterapia definitiva presso l'ateneo americano nell'arco di 9 anni a partire dal 2000. L'età media delle pazienti era di 48 anni, quattro avevano un diabete mellito di tipo 2 e tre stavano assumendo farmaci antidiabetici (due metformina e una insulina). Il follow up è stato di 38,5 mesi.

L'iperglicemia post-trattamento, definita come un valore medio non inferiore a 110 g/dl in una serie di prelievi casuali è risultata associata a un controllo locoregionale a 5 anni peggiore. I tassi di controllo loco-regionale sono stati risultati del 67,1% nelle donne con livelli glicemici elevati post-trattamento contro 90,6% nelle donne con valori di glicemia normali (P = 0,02).

Si registrato anche un trend non significativo verso una sopravvivenza globale a 5 anni peggiore nelle donne che avevano iperglicemia dopo la chemioradioterapia rispetto a quelle che non l'avevano (76,8% contro 55,7%; P = 0,08).

Non si è osservata alcuna correlazione osservabile tra livelli elevati di glicemia e fattori prognostici standard come lo stadio o la positività linfonodale, ha riferito Gross.

"Il segnale che la presenza di iperglicemia dopo la chemioradioterapia per il cancro cervicale conferisce una prognosi sfavorevole è un dato nuovo" scrivono Gross e i colleghi nel loro abstract, aggiungendo che servono ulteriori studi per caratterizzare il rapporto tra iperglicemia, genomica del tumore e risultati del trattamento.

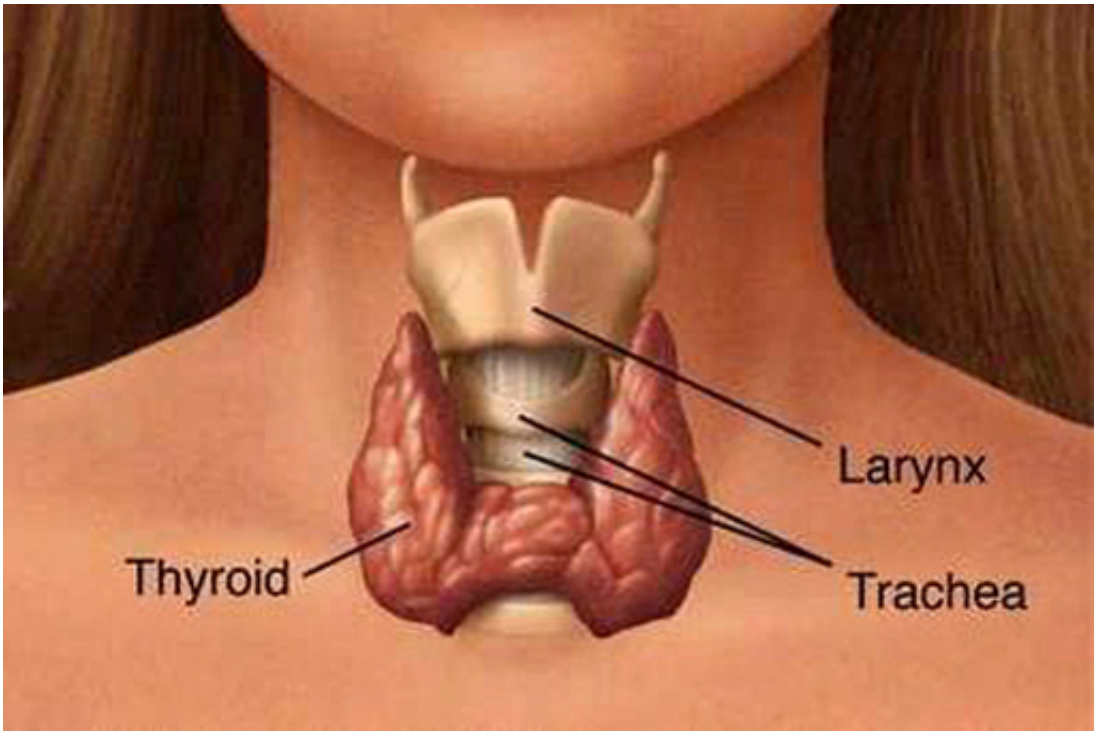
Commentando le potenzialità di metformina e l'importanza di contrastare l'iperglicemia per migliorare i risultati della chemio e della radioterapia in questi tumori ginecologici, Larissa Lee, del Brigham's and Women Hospital di Boston, comoderatrice della sessione nella quale sono stati presentati gli studi, ha dichiarato che si tratta di un settore molto interessante della ricerca clinica, ma bisogna fare molti passi avanti in termini di validazione.

La specialista ha osservato che la metformina potrebbe avere un effetto sulla risposta alle radiazioni, ma finora lo si è osservato solo in studi retrospettivi, mentre sarebbe interessante vederlo in uno studio prospettico.

[chiudi questa finestra]

PHARMASTAR
il Giornale on-line sui Farmaci

Ca anaplastico della tiroide, fattibile e sicuro trattamento con paclitaxel settimanale



18 novembre 2015

Un trattamento settimanale con paclitaxel si è dimostrato sicuro e ben tollerato nei pazienti con carcinoma anaplastico della tiroide, un tumore maligno notoriamente aggressivo, in uno studio di un gruppo di ricercatori giapponesi, il Prospective Clinical Study Committee of the Anaplastic Thyroid Carcinoma Research Consortium of Japan (ATCCJ) presentato all'International Thyroid Congress e al meeting annuale dell'American Thyroid Association (ATA), a Lake Buena Vista, in Florida.

"Per la prima volta, abbiamo dimostrato un risultato obiettivo del trattamento chemioterapico standard nei pazienti con carcinoma anaplastico della tiroide" ha detto Naoyoshi Onoda, del dipartimento di oncologia chirurgica dell'Università di Osaka, coordinatore dello studio. "La sopravvivenza globale osservata è apparsa migliore rispetto a quella segnalata in precedenza e si è ottenuto un beneficio notevole di sopravvivenza nei pazienti in stadio IVB".

Il carcinoma anaplastico della tiroide è un tumore difficile da gestire per via della sua resistenza ai tentativi di trattamento multimodale. Per i pazienti di nuova diagnosi colpiti da questa neoplasia il tempo mediano di sopravvivenza è inferiore a 6 mesi a causa della sua progressione aggressiva e della sua invasività.

Le evidenze sulla gestione del carcinoma anaplastico della tiroide sono in gran parte limitate ad "accumuli retrospettivi di esperienze cliniche" scrive il team giapponese nel suo poster. Perciò, nel 2009, questi ricercatori hanno istituito l'ATCCJ al fine di condurre uno studio prospettico, su scala nazionale, in aperto, a braccio singolo, per valutare la fattibilità, la sicurezza e l'efficacia di un trattamento settimanale con paclitaxel (80 mg/m2) in questi pazienti. Tra il 2012 e il marzo 2014, lo studio ha arruolato 71 pazienti provenienti da 14 centri. Di questi, 56 (40 dei quali donne) sono stati considerati idonei per l'analisi. L'età media del campione era di 71,3 anni (range 47-84).

Dei 56 pazienti arruolati, 43 sono deceduti a causa del tumore, uno è stato perso durante il follow-up e un altro è morto in un incidente. Al momento del cut-off dei dati, quindi, 11 pazienti erano ancora in vita.

La sopravvivenza globale mediana, scrivono i ricercatori, è stata stimata in 227 giorni (IC 95% al 148.2-305.8). La percentuale di risposta obiettiva e quella di beneficio clinico sono state rispettivamente del 23,1% e 79,5%, e il tempo mediano alla progressione è stato stimato in 47 giorni.

L'efficacia del trattamento si è potuta valutare in 39 pazienti, e nessuno ha avuto una risposta completa, 9 hanno avuto una risposta parziale, 22 una stabilizzazione della malattia e 8 una progressione del tumore.

Nel 28,6% dei pazienti si sono verificati eventi avversi di grado 3, ma non sono stati segnalati eventi avversi gravi o decessi correlati al trattamento. Quasi tutti i pazienti (il 98.2%) hanno manifestato eventi avversi correlati al trattamento di qualsiasi grado, il più frequente dei quali è stato l'anemia (con un'incidenza complessiva del 76,8% e un'incidenza del 5,4% nel caso dell'anemia di grado ≥ 3).

Anche se le percentuali di risposta sono state "ben lungi dall'essere soddisfacenti, il trattamento con paclitaxel settimanale potrebbe essere un regime chemioterapico standard fattibile per il carcinoma anaplastico della tiroide" concludono gli autori.

Infine, osserva il gruppo, la combinazione della terapia con paclitaxel seguita da un intervento chirurgico potrebbe rappresentare una strategia promettente. Infatti, dei 14 pazienti sottoposti a resezione chirurgica della lesione primaria dopo la chemioterapia, 9 hanno potuto essere sottoposti a una resezione completa, cinque a una resezione parziale e questi pazienti sono sopravvissuti per una mediana di 365 giorni (range 112-788).

[chiudi questa finestra]

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 33.552
Diffusione 09/2015: 23.386
Lettori Ed. II 2015: 479.000
Quotidiano - Ed. nazionale

LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO

Dir. Resp.: Giuseppe De Tomaso

19-NOV-2015
da pag. 19
foglio 1
www.datastampa.it

SALUTE COSTITUITA IN ITALIA «BREAST UNIT»

Cancro mammario rete di qualità per la diagnosi

● È stata costituita, in Italia, la rete di «Breast Unit» (BU) di qualità (unità di diagnosi e cura per il cancro mammario) da completare entro il 2016 grazie a programma di «Europa Donna Italia» (associazione di volontariato voluta dal prof. Veronesi) per la campagna #vogliamoqualitadicura.

Obiettivo: assicurare assistenza polispecialistica ed infermieristica dedicata a tali pazienti che spesso si scontrano con difficoltà e trattamenti non adeguati come quelli chirurgici (30-35% dei casi esigono «chirurgia gentile», conservativa ed invece sono trattate da chirurghi che hanno esperienza limitata - meno di 50 interventi/anno - o radio-oncologici non coordinati. La sopravvivenza di pazienti in BU certificate, rispetto ad altre unità, è maggiore del 18%.

La campagna «Diritti al centro: la qualità di cura dà più tempo alla vita» impegna amministratori, medici, infermieri ed organizza corsi dedicati.

L'Istituto Tumori di Bari, ad iniziativa del prof. Francesco Schittulli, in questa ottica, ha realizzato 10 anni fa, il primo «Dipartimento Donna» (secondo in Europa) che, oggi, si vuole estendere in rete.

PROF Schittulli

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 09/2015: 85.861
Diffusione 09/2015: 45.271
Lettori Ed. II 2015: 119.000
Quotidiano - Ed. nazionale

ItaliaOggi

Dir. Resp.: Pierluigi Magnaschi

19-NOV-2015
da pag. 32
foglio 1
www.datastampa.it

Sanità, per tutti i dipendenti assicurazione obbligatoria

Rivisto e corretto l'art. 8 della legge sulla responsabilità professionale in campo sanitario. Nei giorni scorsi, infatti, in commissione affari sociali alla camera sono stati approvati gli emendamenti del relatore Federico Gelli (Pd) in materia di obbligo assicurativo e di azione diretta del soggetto danneggiato nei confronti della compagnia assicuratrice. Via libera, quindi, all'obbligatorietà, per tutti i dipendenti delle strutture sanitarie, di una copertura assicurativa. Tale misura viene allargata anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina e nasce anche al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei loro dipendenti. Invece, in materia di trasparenza, le aziende del Ssn dovranno chiarire, mediante pubblicazione online, la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative ovvero le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa. Inoltre il Mise insieme al ministro della salute, definirà con apposito decreto i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Ivass sarà tenuto a effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture. Per quanto riguarda il soggetto eventualmente danneggiato, invece, le nuove disposizioni gli permetteranno di agire direttamente nei confronti dell'assicurazione entro i limiti delle somme per le quali è stata stipulata la polizza. L'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'impresa assicurativa è soggetta al termine di prescrizione pari a quello dell'azione verso l'azienda sanitaria, la struttura o l'ente assicurato. Da parte del relatore, poi, è arrivato l'annuncio di un nuovo emendamento (il 10.50), interamente sostitutivo dell'articolo 10, che disciplina la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria.

Pasquale Quaranta

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura: n.d.
Diffusione: n.d.
Lettori Ed. II 2015: 841.000
Quotidiano - Ed. nazionale

metro

Dir. Resp.: Giampaolo Roidi

19-NOV-2015
da pag. 14
foglio 1
www.datastampa.it

Quelle malattie poco conosciute dell'universo donna

Tra le patologie femminili ve ne sono alcune difficilmente diagnosticabili e perciò mal curate. Come la vulvodinia

La vulvodinia rende impossibile la vita della donna./ METRO

GENITALI Accanto ai tumori femminili di cui si parla (per fortuna) tanto, esistono mille altri problemi sicuramente di minore entità ma non per questo da sottovalutare. È il caso di quelle patologie che interessano l'apparato genitale, spesso scambiate per altro, e per questo non curate nella maniera adeguata. Un esempio per tutte: la **vulvodinia**, assai diffusa perché colpisce una donna su sette, ma è quasi sconosciuta, non ancora riconosciuta ufficialmente. È una neuropatia vulvare. Si manifesta all'improvviso con forte bruciore tipo ustione alla vagina. E spesso viene considerata erroneamente un'infezione vaginale o una cistite. Altri sintomi: sensazioni di punture di spillo, di scosse elettriche e tagli e abrasioni. Azioni come camminare o anche solo sedersi diventano un'impresa. In più é molto difficile avere rapporti sessuali. E di conseguenza impossibile progettare una gravidanza. Pochissimi i medici che riescono a diagnosticarla. Guarirne sembrerebbe un vero terno al lotto. Così le donne che ne soffrono spesso peregrinano da uno specialista all'altro senza riuscire ad ottenere aiuto. Eppure per individuarla è sufficiente un cotton fioc e pochi istanti. Come confermano all'Associazione VulvodiniaPuntoInfo Onlus, nata cinque anni fa per riunire donne guarite e in via di guarigione, diffondere la corretta conoscenza della patologia e dare supporto gratuito. Sarà al Sanit di Roma (20-22 novembre) per dare informazioni utili (www.vulvodiniapuntoinfo.com). **LUISA MOSELLO**

Salute al maschile, questa sconosciuta

- **Gli uomini e la medicina?** Un rapporto spesso inesistente per il quale occorre maggiore consapevolezza. Dal 23 al 30 novembre sono in programma le Giornate della prevenzione con visite specialistiche gratuite di urologia in 60 città di tutt'Italia (per informazioni: il numero verde 800.59.83.95).
- **L'iniziativa** rientra nel progetto "Salute al Maschile" promosso della Fondazione Umberto Veronesi, in collaborazione con l'Associazione Urologi italiani e la Società Italiana di Urologia Oncologica. L'urologo, specialista essenziale per l'uomo, risulta essere uno sconosciuto per la maggioranza, l'80%, degli italiani intervistati.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Panorama della Sanità

Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re

01-SET-2015
da pag. 51
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Ricoveri ospedalieri, ancora in calo nel 2014

9.526.832 ricoveri ospedalieri, corrispondenti ad un totale di 63.129.031 giornate con una riduzione rispetto al 2013 di circa 315 mila ricoveri (-3,2%) e di circa 1.184.000 giornate (-1,8%).

Nel 2014 diminuiscono i ricoveri ospedalieri: ne sono stati effettuati 9.526.832, per un totale di 63.129.031 giornate, con una riduzione rispetto al 2013 di circa 315 mila ricoveri (-3,2%) e 1.184.000 giornate (-1,8%). È quanto illustrato nel Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (Dati Sdo 2014), a cura dell'Ufficio VI della D.G. programmazione sanitaria del Ministero della salute.

La figura seguente mostra l'andamento del volume complessivo di dimissioni e di giornate erogate dal 2001 al 2014. "Si può osservare dal 2001 al 2006" sottolinea il Ministero "un andamento sostanzialmente costante, intorno a 13 milioni di dimissioni e poco più di 11 milioni di giornate, mentre a partire dall'anno 2007 si osserva una chiara e costante diminuzione, ottenuta grazie alle politiche di riduzione dell'inappropriatezza dell'ospedalizzazione, e di trasferimento ad altri setting assistenziali. Nel 2014 i valori si attestano su circa 9,5 milioni di dimissioni e poco più di 63 milioni di giornate erogate.

La degenza media per Acuti si mantiene pressoché costante da diversi anni intorno al valore di 6,8 giorni, mentre per le degenza medie per Riabilitazione e per Lungodegenza si osserva un decremento a partire dal 2009; per l'anno 2014 la degenza media per riabilitazione in regime ordinario è pari a 26,3 giorni, in leggero aumento rispetto all'anno precedente (25,7 giorni), mentre la degenza media per l'attività di lungodegenza è pari a 27,7 giorni, sostanzialmente invariata rispetto al valore dell'anno precedente (27,6 giorni).

Rispetto al 2013 il numero complessivo di ricoveri ordinari per Acuti si riduce da 6.634.977 a 6.486.438 (-2,2%), con una corrispondente diminuzione delle giornate di ricovero da 44.802.526 a 44.089.980 (-1,6%); il numero di ricoveri in regime diurno effettuati si riduce da 2.345.258 a 2.194.241 (-6,4%), per una corrispondente diminuzione di giornate da 6.497.781 a 6.033.527 (-7,1%).

Si conferma il miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza ospedaliera: 43 dei 108 DRG a rischio inappropriatezza presentano un aumento della quota di Regime diurno rispetto all'anno precedente. È interessante notare che, dei restanti 65 Drg, ulteriori 58 DRG, pur presentando una quota di Regime diurno inferiore rispetto al 2013, sono caratterizzati da una consistente riduzione del volume di ricoveri ordinari: in media la riduzione è pari a -6,3%, con punte che arrivano al -36%. Inoltre, il numero totale di ricoveri si riduce in 103 su 108 Drg a rischio inappropriatezza. Complessivamente, quindi, si osserva una significativa deospedalizzazione, con un miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e dell'efficienza nell'uso delle risorse ospedaliere.

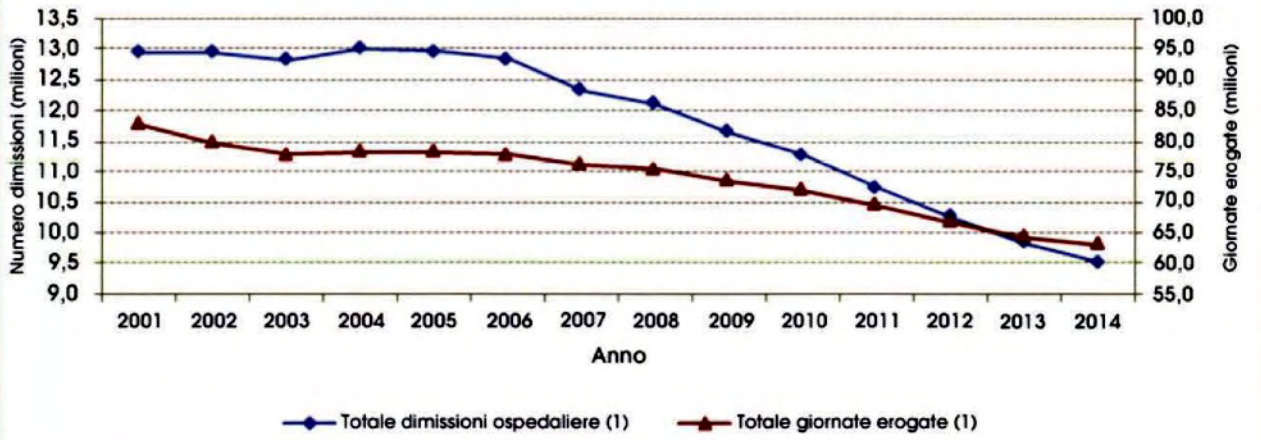
Rispetto al 2013, il tasso di ospedalizzazione (standardizzato per età) per Acuti per l'anno 2014 in Italia si riduce da 104 a 99,6 dimissioni per 1.000 abitanti in regime ordinario e da 39 a 35,1 dimissioni in regime diurno per 1.000 abitanti.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re

FIGURA
TREND DIMISSIONI E GIORNATE EROGATE



(1) Totale dei ricoveri ospedalieri, incluso Nido

La principale causa di ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, pur non costituendo una condizione patologica, è rappresentata dal parto (drg 373 – Parto vaginale senza diagnosi complicanti, con 296.186 dimissioni, e drg 371 – Parto cesareo senza CC, con 162.972 dimissioni).

Escludendo il parto, le principali cause di ospedalizzazione sono riconducibili a patologie cardiovascolari (drg 127 – Insufficienza cardiaca e shock, 190.101 dimissioni) e respiratorie (drg 087 – Edema polmonare e insufficienza respiratoria, 135.929 dimissioni, e ad interventi chirurgici per sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori (drg 544, 151.849 dimissioni).

Per quanto concerne l'attività in regime diurno, la principale causa di ricovero è rappresentata dalla somministrazione di chemioterapia (drg 410 - Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) con 1.529.370 giornate (-2,3% rispetto all'anno 2013).

La qualità della compilazione è ulteriormente migliorata rispetto all'anno precedente: il numero complessivo di errori si riduce da 4.665.579 nel 2013 a 3.570.626 nel 2014, con una diminuzione del 9,9%.

Il numero complessivo di schede con almeno un errore di compilazione si riduce notevolmente, passando da 3.334.928 nel 2013 (pari al 33,9% delle schede pervenute) a 2.663.812 nel 2014 (pari al 28% delle schede pervenute), con una differenza di 5,9 punti percentuali.

Anche la distribuzione degli errori migliora, infatti il numero di schede senza errori aumenta da 6.509.064 a 6.864.695 unità, il numero di schede con un singolo errore si riduce da 2.220.718 a 1.934.455, il numero di schede con due errori si riduce da 936.673 a 585.191, il numero di schede con tre errori si riduce da 142.553 a 115.313; il numero mediano di errori si conferma pari a zero, stando a significare che più della metà delle schede pervenute sono prive di errori (per la precisione, il 72%, mentre nel 2013 le schede prive di errori ammontavano al 66,1% del totale).

Infine, per avere una reale misura della dimensione dell'errore occorre considerare che una scheda Sdo contiene 45 variabili, per un totale di 9.528.507 schede pervenute corrisponde a 428.782.815 informazioni distinte raccolte. Il numero di errori riscontrato, pari a 3.570.626 corrisponde quindi a una percentuale di errori dello 0,8%, mentre nel 2013 era pari al 1,1%. Il livello qualitativo della banca dati Sdo, pertanto, è estremamente elevato".

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

quotidianosanità.it

Mercoledì 18 NOVEMBRE 2015

Responsabilità professionale. Assicurazione obbligatoria per tutti. Per dipendenti e liberi professionisti, Asl e strutture private. Sì all'emendamento Gelli in Commissione

Approvato, inoltre, nel pomeriggio di oggi l'emendamento che disciplina l'azione diretta del soggetto danneggiato nei confronto della compagnia assicuratrice. Infine, presentati due nuovi emendamenti del relatore riguardanti, rispettivamente, l'istituzione di un Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria (9.50), e la nomina dei consulenti tecnici e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria (10.50).

La commissione Affari Sociali della Camera, nella seduta di ieri, ha approvato l'**emendamento 8.50** al disegno di legge sulla responsabilità professionale presentato lo scorso venerdì dal relatore, **Federico Gelli (Pd)**, interamente sostitutivo dell'articolo 8 in tema di obbligo di assicurazione.

In particolare, nel testo approvato viene previsto l'**obbligo per tutti i dipendenti delle strutture sanitarie di essere provvisti di una copertura assicurativa**. Tale misura viene estesa anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria nonché attraverso la telemedicina. L'obbligo assicurativo per tutti gli esercenti la professione sanitaria viene previsto anche al fine di garantire efficacia all'azione di rivalsa da parte delle strutture nei confronti dei loro dipendenti.

Quanto alla trasparenza, le aziende saranno obbligate a pubblicare sul loro sito internet la denominazione dell'impresa che presta la copertura assicurativa, indicando per esteso i contratti, le clausole assicurative, oltre a tutte le altre analoghe misure che determinano la copertura assicurativa. Viene poi previsto un apposito decreto del Ministero della Sviluppo economico, di concerto con il Ministero della Salute, che avrà il compito di definire i criteri e le modalità di vigilanza e controllo che l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass) sarà tenuto ad effettuare sulle compagnie assicuratrici che intendano contrarre polizze con le strutture e con gli esercenti la professione sanitaria.

Sempre nella giornata di ieri, Federico Gelli ha poi depositato l'**emendamento 10.50**, interamente sostitutivo dell'articolo 10 che disciplina la **nomina dei consulenti tecnici d'ufficio, dei consulenti tecnici di parte e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria**. Nel nuovo testo si spiega che, nei procedimenti civili e penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria implicanti la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico legale e a uno specialista nella disciplina oggetto del giudizio. A tal fine, negli albi dei consulenti e dei periti dovranno essere indicate le specializzazioni degli iscritti esperti in medicina, l'esperienza da loro maturata, il numero degli incarichi conferiti e quelli revocati. Infine, si spiega che gli albi dei periti dovranno essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche di area sanitaria, anche coinvolgendo società scientifiche.

Passando alla riunione odierna della XII commissione, è stato **approvato l'emendamento del relatore 8.10 in tema di azione diretta del soggetto danneggiato nei confronto della compagnia assicuratrice**.

Infine, sempre nel pomeriggio di oggi, Gelli ha depositato l'**emendamento 9.50 che istituisce un Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati da responsabilità sanitaria**. Nel testo si spiega che il Fondo dovrà essere costituito presso la Concessionaria servizi assicurativi pubblici S.p.A. (Consap), per risarcire i danni cagionati da responsabilità sanitaria nei casi in cui: a) il danno sia di importo eccedente rispetto ai massimali previsti dai contratti stipulati dalla struttura sanitaria ovvero dall'esercente la professione sanitaria; b) la struttura sanitaria ovvero l'esercente la professione sanitaria risultano assicurati presso un'impresa che al momento del sinistro si trovi in stato di insolvenza o di liquidazione coatta o vi venga posta successivamente. Le imprese autorizzate all'esercizio delle assicurazioni per la responsabilità civile per i danni causati da responsabilità sanitaria saranno tenute a versare annualmente alla Consap un contributo da determinarsi in una percentuale del premio incassato per ciascun contratto relativo alle predette assicurazioni. La misura del contributo sarà determinata e aggiornata con cadenza annuale, con regolamento del Ministro dello sviluppo economico, da adottare entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, di concerto con i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza Stato Regioni.

Domani alle ore 12 scadranno i termini per la presentazione dei sub emendamenti all'articolo 9 riformulato depositato oggi dal relatore. Nel pomeriggio, salvo imprevisti, la commissione dovrebbe dunque procedere alle votazioni degli ultimi due articoli (9 e 10) per poi licenziare in via definitiva il testo.

Giovanni Rodriquez

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Panorama della Sanità

Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re

01-SET-2015
da pag. 54
foglio 1 / 2
www.datastampa.it

Anticorruzione in sanità

Insediati al Ministero i tavoli tecnici per la realizzazione del piano nazionale anticorruzione

«Sulla rotazione degli incarichi e sulle nomine dei vertici delle aziende abbiamo fatto tutto quanto dovevamo, ma per combattere la corruzione e gli sprechi in sanità la battaglia resta durissima e troveremo il modo di rafforzare i controlli, anche preventivi. Mi aspetto molto dai tavoli tecnici che si sono insediati oggi per portare a termine la missione che si sono date Agenas, Anac e ministero della Salute».

Il ministro Lorenzin commenta così l'insediamento dei tavoli tecnici, avvenuto lo scorso 10 settembre, che contribuiranno alla realizzazione di una sezione dedicata alla sanità all'interno del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione (Pna).

«Nella legge Madia – prosegue la Lorenzin - abbiamo inserito le norme per selezionare in modo meritocratico e trasparente ai vertici delle aziende sanitarie manager indipendenti, che devono rispondere del loro operato in termini di risultato

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

e obiettivi raggiunti. Stiamo procedendo per mettere in efficienza il sistema su tutto il territorio nazionale e combattere la corruzione . Dobbiamo recuperare le risorse che si perdono a causa della mala gestione e reinvestire ogni centesimo nei servizi per i cittadini. Per fare questo avevamo bisogno di dare impulso con nuove regole e un monitoraggio costante di tutte le attività e per questo ringrazio il presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone e tutti gli autorevoli componenti dei tavoli tecnici per il fondamentale contributo reso».

Per la realizzazione dei lavori si sono insediati oggi presso il ministero della Salute i tavoli tecnici previsti nel protocollo Agenas – Anac.

«I tavoli di lavoro», dichiara Francesco Bevere, direttore generale di Agenas, si occuperanno di cinque aspetti fondamentali: profilo del responsabile della prevenzione della corruzione in sanità e nomine; codice di comportamento sul tema del conflitto di interessi in sanità; acquisti in sanità; rotazione incarichi; rapporti contrattuali con il privato accreditato. Con il ministro Lorenzin – prosegue Bevere - ci siamo preoccupati del fenomeno degli sprechi e della corruzione in sanità fin dall'elaborazione del Patto per salute e il lavoro che oggi rilanciamo serve a concludere nel più breve tempo possibile l'impegno di verificare che ogni risorsa economica destinata alla sanità sia investita in personale, tecnologie, strutture, servizi per i cittadini. I continui allarmi lanciati negli anni dalla Corte dei Conti, che ha sottolineato a più riprese l'enormità delle somme dilapidate in corruzione e sprechi, non possono più rimanere inascoltati. Oggi apriamo questa fase nuova perché quel tipo di allarme si trasformi in opera di prevenzione, con un lavoro senza precedenti per il quale desidero ringraziare il presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione Raffaele Cantone e il consigliere Stefano Toschei. Le Regioni – conclude Bevere - saranno protagoniste nel processo di responsabilizzazione delle aziende sanitarie in tema di prevenzione della corruzione. Solo con una forte opera di prevenzione – conclude Bevere - possiamo eliminare quel paradosso che proprio a causa degli sprechi e della corruzione si verifica, e cioè che in certe regioni il cittadino spende di più per avere servizi peggiori».

«L'Autorità Nazionale Anticorruzione crede fermamente nella collaborazione con il Ministero della Salute e l'Agenas. Si tratta di un'attività che impatta un settore importante della vita dei cittadini e merita, quindi, la massima attenzione – così Raffaele Cantone, Presidente dell'Anac; l'obiettivo è quello di introdurre i giusti anticorpi per prevenire episodi di corruzione e malagestione della cosa pubblica. Intervenendo su tre settori specifici - e cioè acquisti, rotazione degli incarichi e contratti con i privati – e stabilendo regole certe – conclude Cantone – è possibile, in prospettiva, invertire la tendenza ed avviare un processo finalmente virtuoso».

«Il Patto per la Salute deve essere strumento di garanzia della sostenibilità e di eticità del sistema sanitario nazionale – commenta Lucia Borsellino, coordinatrice per Agenas dei lavori dell'attuazione del protocollo d'intesa. A ciò concorrono certamente la lotta agli sprechi e la diffusione della cultura della responsabilità nella gestione delle risorse pubbliche in sanità. A questo obiettivo strategico da oggi rispondiamo col Protocollo d'intesa tra Anac e Agenas per l'individuazione e la sperimentazione di modelli integrati di controllo interno per la promozione di comportamenti virtuosi, appropriati e corretti in ambito sanitario come condizione per la prevenzione anche di eventuali fenomeni di corruzione che possono annidarsi in questo settore a svantaggio dei cittadini. I lavori del Tavolo congiunto Ministero della Salute, Anac, Agenas, daranno impulso al raggiungimento di questo obiettivo, fornendo alle Regioni e al management delle aziende sanitarie tutti i possibili strumenti e modelli di riferimento per condividere un sistema di regole e procedure affinché si rafforzi la trasparenza e la legalità all'interno dell'organizzazione sanitaria».

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Panorama della Sanità

Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re

01-SET-2015
da pag. 53
foglio 1
www.datastampa.it

Attività libero professionale intramuraria

Trend positivo, pur nella diversità dei vari contesti regionali

Il Minsitro della salute Beatrice Lorezin ha trasmesso al Parlamento il 6 agosto scorso la "Relazione annuale al Parlamento sull'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria" relativa all'anno 2013. In sintesi lo stato di attuazione delle norme risulta ancora estremamente diversificato nei vari contesti regionali. Tuttavia si evidenzia che i dati contenuti nella relazione mostrano un generale trend positivo. Dall'analisi condotta emerge che:

10 Regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Abruzzo, Campania, Calabria, Sardegna) hanno provveduto ad emanare o aggiornare gli indirizzi regionali, successivamente all'entrata in vigore del citato decreto di riforma;

15 Regioni (Valle d'Aosta, Veneto, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) hanno provveduto a predisporre l'infrastruttura di rete .Tuttavia dal monitoraggio a livello aziendale emerge che solo in 10 Regioni (Valle d'Aosta, P.A. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Campania, Puglia, Basilicata) tutte le aziende hanno provveduto ad attivarla, e in alcune regioni, pur mancando la predisposizione dell'infrastruttura a livello regionale, questa è stata ugualmente attivata a livello aziendale;

in 7 Regioni/Province Autonome (Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Molise, Basilicata) tutte le Aziende dispongono di spazi idonei e sufficienti a garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale. Le Aziende che hanno segnalato la carenza di spazi interni hanno fatto ricorso all'acquisizione di spazi ambulatoriali esterni (tramite acquisto, locazione e convenzione) e/o all'attivazione del programma sperimentale presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete, previsti dal decreto legge n. 158 del 2012;

10 Regioni (Piemonte, Lombardia, Liguria, Umbria, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna) hanno evidenziato la necessità di adottare il programma sperimentale sul proprio territorio.

"L'indagine" riferisce il ministero della Salute "ha inoltre evidenziato che in media il 49,8% dei Dirigenti medici del Servizio Sanitario Nazionale, a tempo determinato e a tempo indeterminato con rapporto esclusivo, esercita la libera professione intramuraria (circa 55.500 medici), con punte che superano quota 55% in Valle d'Aosta, Lazio, Liguria, Piemonte Marche e Lombardia, viceversa, toccano valori minimi in Regioni come la Sardegna (32%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (15%). Dei Dirigenti medici che esercitano l'Alpi, circa il 70 % lo fa esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, mentre il 17% esercita esclusivamente al di fuori della struttura ed il 13% svolge attività libero professionale sia all'interno che all'esterno delle mura aziendali. Con riferimento all'attività esercitata esclusivamente al di fuori della struttura, si registra che solo il 49% dei medici svolge tale attività in studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa stipula di una convenzione. Rispetto alle precedenti edizioni, la Relazione di quest'anno si arricchisce delle informazioni relative al grado di implementazione delle disposizioni previste dal decreto legge 13 settembre 2012, n.158 convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cd. decreto Balduzzi)".

In 7 Regioni/ Province Autonome (Valle d'Aosta, P.A. Trento, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Abruzzo, Molise, Basilicata) tutte le Aziende dispongono di spazi idonei e sufficienti a garantire l'esercizio dell'attività libero-professionale

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

adnkronos

19-11-2015

http://www.adnkronos.com

Pillola blu fa 'miracoli' e non solo a letto, Viagra aiuta anche contro il diabete

Il principio attivo della **celebre pillola blu** contro la disfunzione erettile può **migliorare la sensibilità all'insulina** nei soggetti che sono in una fase di pre-diabete, con un rischio alto di sviluppare la malattia. E' il risultato dello studio della Vanderbilt University School of Medicine di Nashville (Usa) pubblicato sul 'Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism'. L'insulinoresistenza precede lo sviluppo del diabete di tipo 2 ed è caratterizzata da alti livelli di zucchero nel sangue perché l'organismo non riesce a produrre abbastanza insulina per eliminarlo. Il sildenafil, il principio attivo del Viagra, "potrebbe offrire **una nuova strada** per **affrontare il crescente numero di diagnosi di diabete**", sottolinea Nancy J. Brown, co-autrice della ricerca.

"Abbiamo bisogno di strategie alternative per **rallentare la progressione dalla condizione di pre-diabete a diabete** - osservano i ricercatori - La diete e l'esercizio fisico non sempre sono attività facili da proseguire nel tempo, ecco che molecole come il sildenafil potrebbero essere d'aiuto ai pazienti". Lo studio ha reclutato 51 partecipanti, in sovrappeso e con pre-diabete, alcuni sono stati trattati con il sildenafil e altri con un placebo per tre mesi. I pazienti sono stati sottoposti ad analisi del sangue e delle urine all'inizio e alla fine del trattamento per valutare i livelli di insulina. Chi aveva preso i farmaci a base di sildenafil è stato più sensibile agli effetti dell'insulina e ha avuto i livelli più bassi di albumina nelle urine rispetto a chi aveva preso il placebo.

"Elevati livelli di albumina sono un marker di rischio per le malattie renali e cardiache - avvertono i ricercatori - molti farmaci che si usano oggi per prevenire il diabete di tipo 2 possono avere effetti negativi sul cuore e spesso non possono essere usati da chi ha malattie renali. In questo modo il sildenafil - concludono - **è una nuova alternativa**, sui cui però sono necessari ulteriori studi soprattutto per verificare l'efficacia a lungo termine nei pazienti ad alto rischio".

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Panorama della Sanità

Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re

01-SET-2015
da pag. 41
foglio 1 / 5
www.datastampa.it

Il valore tangibile e intangibile dei vaccini

Pubblicato su Journal of Market Access and Health Policy un supplemento dedicato al valore economico della vaccinazione in collaborazione tra un gruppo di esperti e Sanofi Pasteur Msd. Un approfondimento sui benefici dei vaccini sulla sostenibilità dei Sistemi sanitari e la crescita economica

«La prevenzione è una delle risposte più appropriate alle sfide per la salute e la crescita in Europa. I vaccini offrono grandi benefici agli individui, ai sistemi sanitari, alla società e all'economia e contribuiscono ad affrontare malattie infettive emergenti e riemergenti nonché a migliorare la salute di una popolazione che invecchia. Questa pubblicazione fornisce un'ulteriore prova della leadership di Sanofi Pasteur Msd in Europa come partner di scelta della Sanità Pubblica» ha dichiarato Andrea Rappagliosi, Vice President Market Access, Health Policy e Medical Affairs di Sanofi Pasteur MSD in merito alla pubblicazione di un supplemento al Journal of Market Access and Health Policy dedicato al valore economico della vaccinazione, sette articoli redatti da un gruppo di undici esperti di salute pubblica e di economia di otto Paesi europei e di Sanofi Pasteur Msd. Oggi, la vaccinazione rappresenta solo lo 0,3% della spesa sanitaria in Paesi dell'UE come la Francia e l'Italia[1]. Benché solo una piccola frazione del budget sanitario venga assegnata ai programmi di vaccinazione in Europa, essi

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Panorama della Sanità

Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re

01-SET-2015
da pag. 41
foglio 2 / 5
www.datastampa.it

giocano un ruolo centrale nelle politiche di prevenzione e sono riconosciuti come uno degli interventi di Sanità Pubblica più virtuosi a favore dell'efficienza del sistema sanitario[2],[3]. Al di là dell'impatto riconosciuto sulla salute pubblica, il supplemento al Journal of Market Access and Health Policy illustra i benefici della vaccinazione sulla crescita economica, la sostenibilità e l'efficienza dei sistemi di assistenza sanitaria. Il supplemento evidenzia, inoltre, alcuni benefici invisibili forniti dalla vaccinazione e che sono ignorati dalle analisi economiche tradizionali. «Questa serie di articoli costituisce una fonte completa di informazioni sui benefici della vaccinazione e affronta la questione da diverse angolazioni e prospettive. Essi contribuiscono a ben comprendere l'ampio spettro di benefici e guadagni che le vaccinazioni apportano a vantaggio della salute, dell'economia e della società», hanno dichiarato Mondher Toumi e Walter Ricciardi. «Trasferire questo messaggio ai pazienti e alle Autorità e aumentare la consapevolezza del valore

Opposizione ai vaccini

OMS: UNA SFIDA CRESCENTE PER I PROGRAMMI DI VACCINAZIONE

A livello globale, 1 bambino su 5 non riceve vaccinazioni salvavita di routine e 1,5 milioni sono i bambini che muoiono ogni anno di malattie che potrebbero essere evitate con vaccini esistenti. In un numero speciale della rivista Vaccine dell'Oms, pubblicato il 18 agosto scorso, gli esperti affrontano il problema relativo al rifiuto di vaccini sicuri o all'esitazione di fronte a tale mezzo di immunizzazione nonostante la disponibilità dei servizi di vaccinazione, riconoscendo che questo rappresenta una sfida crescente per i programmi di vaccinazione. Per l'Oms i "vaccini possono solo migliorare la salute e prevenire decessi se sono utilizzati, e i programmi di vaccinazione devono essere in grado di raggiungere e mantenere tassi elevati di vaccinazione". Il problema della si-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

reale della vaccinazione è di grande importanza al giorno d'oggi. Promuovere e rafforzare il ruolo dei vaccini è, infatti, in linea con il documento pubblicato di recente dal Consiglio dell'Unione Europea», hanno aggiunto. «Sono numerosi e significativi i benefici generati dalle vaccinazioni in termini di salute ed economici. Eppure il loro valore reale è spesso sottostimato poiché si tratta di benefici non sempre tangibili o non immediatamente visibili e, per questo, difficili da quantificare e valorizzare adeguatamente», ha affermato Paolo Bonanni, Ordinario di Igiene dell'Università di Firenze. «Uno degli articoli dello studio che mi vede tra gli autori ha per l'appunto l'obiettivo di evidenziare alcuni benefici intangibili della vaccinazione che sono spesso trascurati nelle valutazioni economiche tradizionali e che potrebbero contribuire a una valutazione più accurata del pieno valore della vaccinazione», ha concluso. «Lo stato di salute di una popolazione è importante anche per i riflessi sociali ed economici ed è, quindi, determinante per la crescita di un Paese. Molte vaccinazioni hanno le potenzialità per contribuire in modo sostanziale al miglioramento della salute della popolazione – in tutte le fasi della vita – e, dunque, allo sviluppo economico di uno Stato», ha affermato Carlo Signorelli, Ordinario di Igiene dell'Università di Parma. «Bambini e adolescenti più sani saranno gli adulti produttivi del domani; adulti e anziani in buona salute invecchieranno attivamente, offrendo il loro contributo nell'ambito della propria comunità e allontanando il declino funzionale e il relativo impatto sulla spesa sociale». E ha concluso: «L'articolo dello studio al quale ho offerto il mio contributo scientifico tratta di come efficaci programmi di vaccinazione per tutte le età in Europa possano contribuire al raggiungimento di fondamentali obiettivi sanitari ed economici da parte dell'Unione europea entro il 2020. In questa direzione si sono espressi diversi Organismi internazionali come Oms, Eu e Ocse». «La vaccinazione rappresenta uno degli interventi sanitari dal miglior profilo costo-beneficio», ha aggiunto Marina Panfilo, Market Access & Institutional Affairs Director di Sanofi Pasteur Msd, tra gli autori dello studio. «Le vaccinazioni, infatti, grazie ai casi di malattia prevenuti e alle relative complicanze evitate, possono generare importanti risparmi per il Sistema Sanitario Nazionale oltreché per la società stessa. In Italia, abbiamo esempi di politiche vaccinali che hanno prodotto risultati eccellenti in termini di outcome, come quella relativa alla vaccinazione universale contro l'epatite B[4] o contro la varicella nelle otto Regioni in cui è stata introdotta, in termini di riduzione della morbilità e dei costi correlati[5]. Inoltre –

Negli Stati Uniti sulle vaccinazioni pediatriche per ogni dollaro investito nella vaccinazione dei bambini, 3 e 10 dollari vengono risparmiati rispettivamente in costi diretti e costi sociali

curezza è solo uno dei tanti fattori che possono guidare all'esitazione o al rifiuto della vaccinazione, gli autori indicano quali atri fattori: convinzioni negative sulla base di miti, ad esempio, che la vaccinazione delle donne conduce alla sterilità; disinformazione; sfiducia nel sistema professionale o sanitario di assistenza sanitaria; il ruolo di leader influenti; costi; barriere geografiche. L'esitazione di fronte al vaccino non è un problema caratteristico dei Paesi ad alto reddito, ma un fenomeno complesso che si pone su scala mondiale, in forme variabili e in rapida evoluzione, spiega l'Oms. Purtroppo, secondo gli esperti, non esiste una "bacchetta magica", né una strategia d'intervento unica che funzionerebbe per tutti i fattori. È tuttavia certo secondo l'Oms che una comunicazione efficace è essenziale per dissipare le paure, affrontare le preoccupazioni e promuovere l'accettazione della vaccinazione.

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

ha aggiunto – è sempre più urgente e necessario migliorare ed estendere l'offerta vaccinale a favore degli adulti e anziani, in quanto l'Italia, insieme a Germania e Giappone, rappresenta uno dei Paesi più longevi al mondo e gli anziani vanno considerati come una risorsa – e non soltanto un costo – per la società. Pertanto, alla luce dei numerosi benefici che la vaccinazione genera sulla popolazione e sul Ssn, è auspicabile che gli sforzi da parte delle Autorità su questo tipo di intervento sanitario siano congiunti e sempre crescenti», ha concluso.

I DATI SALIENTI TRATTI DALLA PUBBLICAZIONE SUL VALORE ECONOMICO DELLA VACCINAZIONE

La vaccinazione riveste un ruolo importante nell'ottica della sostenibilità dei sistemi sanitari, in particolare nel contesto della crescente pressione sui bilanci sanitari. I vaccini generano risparmi evitando ricoveri, interventi medici, ricorso ai farmaci e infezioni nosocomiali. Lo studio più completo effettuato negli Stati Uniti sulle vaccinazioni pediatriche ha concluso che, per ogni dollaro investito nella vaccinazione dei bambini, 3 e 10 dollari vengono risparmiati rispettivamente in costi diretti e costi sociali. In Europa, ogni anno, 87.000 bambini sono ricoverati a causa di gastroenterite da rotavirus[6] ed è stata registrata una riduzione del 65-83% delle ospedalizzazioni da rotavirus in seguito all'introduzione della vaccinazione di routine[7],[8].

Al di là del suo impatto sulle risorse sanitarie, la vaccinazione contribuisce alla produttività e alla crescita economica. Su scala nazionale, l'onere economico delle malattie infettive può essere considerevole, in Italia è stato stimato essere di circa € 97 milioni[9] annui e che, grazie ad una strategia di vaccinazione, può essere ridotto di circa 50 milioni di euro. Un altro studio sul territorio italiano ha stimato che, grazie alla vaccinazione antivaricella, con una copertura vaccinale del 90%, si potrebbero prevenire il 57% dei casi di morte e il 68% delle ospedalizzazioni[10] e il programma di vaccinazione di routine si è dimostrato non solo costo-efficace ma anche cost-saving, ovvero in grado di generare risparmi, sia per il Ssn che per la società[11].

In un contesto di sfida demografica senza precedenti in Europa, i programmi di vaccinazione per gli anziani contribuiscono ad un invecchiamento più attivo e più sano della popolazione. Il numero di persone sopra i 65 anni raddoppierà nei prossimi 50 anni, e quello degli over 80 triplicherà[12], non solo rendendo più difficile sostenere le pensioni statali, ma sollevando anche la questione di chi si prenderà cura di questa popolazione da un punto di vista sia sanitario che sociale. Pertanto, la prevenzione delle malattie (influenza, le malattie da pneumococco e fuoco di Sant'Antonio) è fondamentale per favorire un invecchiamento attivo e in buona salute, non soltanto per contribuire alla sostenibilità dei sistemi sanitari, ma anche perché le persone anziane spesso costituiscono un attivo gruppo di volontari nella società e rivestono un ruolo centrale in molti progetti nell'ambito della comunità[13].

NOTE

[1] Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. National Health Accounts 2013 [Comptes Nationaux de la Santé 2013]. Paris, France: 2014.

[2] Ehreth J. The global value of vaccination. Vaccine. 2003;21(7-8):596-600.

[3] OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators: http://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf.

[4] Boccalini S, Taddei C, Ceccherini V, Bechini A, Levi M, Bartolozzi D, et al. Economic analysis of the first 20 years of universal hepatitis B vaccination program in Italy: An a posteriori evaluation and forecast of future benefits. Hum Vaccin Immunother. 2013; 9(5): 111928.

[5] Bechini A, Boccalini S, Baldo V, Cocchio S, Castiglia P, Gallo T, et al. Impact of universal vaccination against vari-

data stampa
dal 1980 monitoraggio media

Dati rilevati dagli Enti certificatori o autocertificati
Tiratura 06/2015: 9.000
Diffusione 06/2015: 9.000
Lettori: n.d.
Settimanale - Ed. nazionale

Panorama della Sanità

01-SET-2015
da pag. 41
foglio 5 / 5
Dir. Resp.: Corrado De Rossi Re
www.datastampa.it

cella in Italy: Experiences from eight Italian Regions. Hum Vaccin Immunother. 2014 Aug 6;11(1).

[6] Soriano-Gabarro M, Mrukowicz J, Vesikari T, Verstraeten T.Burden of rotavirus disease in European Union countries. Pediatr Infect Dis J 2006; 25(1 Suppl): S7-11.

[7] Braeckman T, Van Herck K, Raes M, Vergison A, Sabbe M, Van Damme P. Rotavirus vaccines in Belgium: Policy and impact. Pediatr Infect Dis J. 2011; 30(1 Suppl): S21-4.

[8] Patel MM, Steele D, Gentsch JR,Wecker J, Glass RI, Parashar UD. Real-world impact of rotavirus vaccination. Pediatr Infect Dis J. 2011; 30(1 Suppl): S1-5.

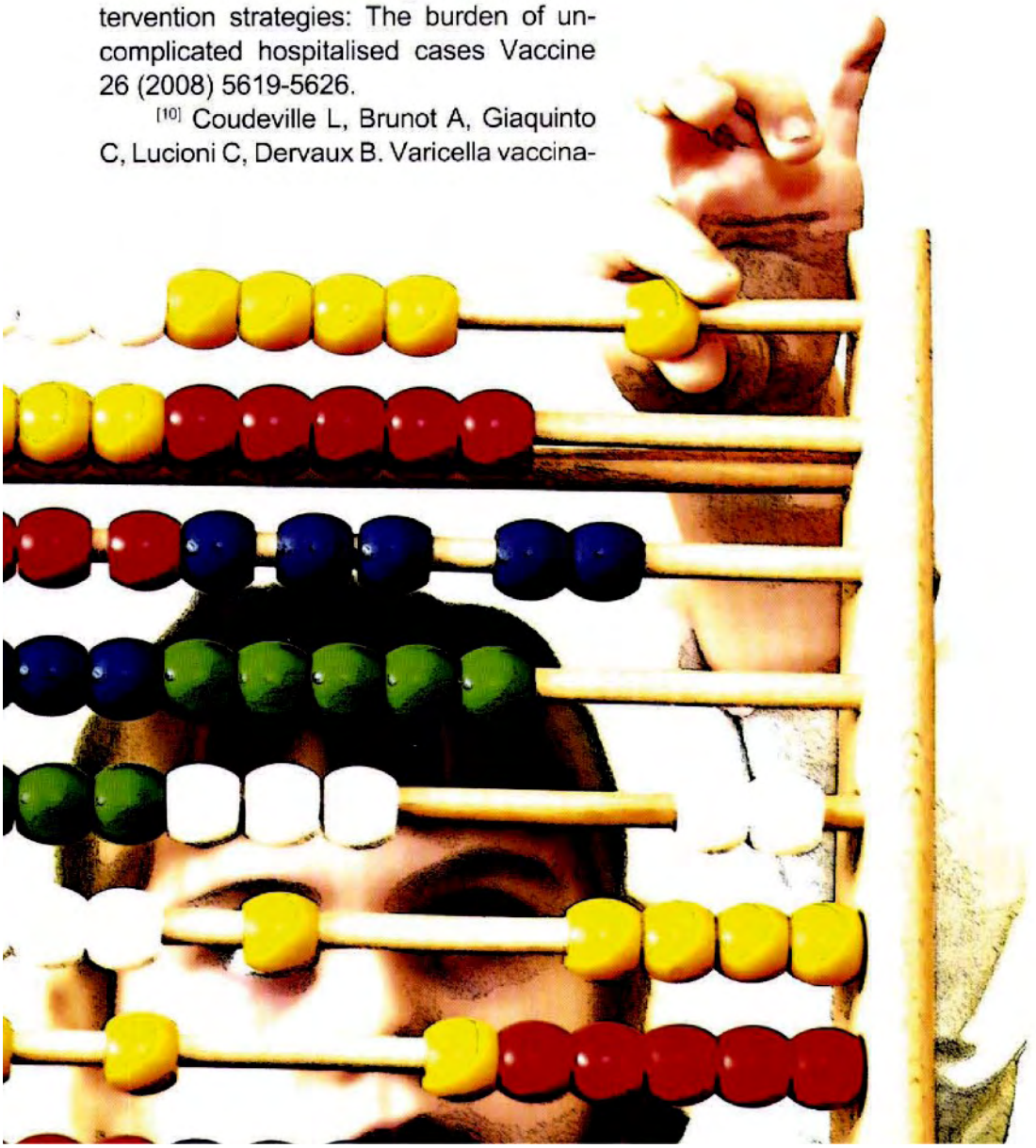
[9] Bonanni et al. Economic evaluation of varicella vaccination in Italian children and adolescents according to different intervention strategies: The burden of uncomplicated hospitalised cases Vaccine 26 (2008) 5619-5626.

[10] Coudeville L, Brunot A, Giaquinto C, Lucioni C, Dervaux B. Varicella vaccination in Italy: An economic evaluation of different scenarios. Pharmacoeconomics 2004; 22(13): 83955.

[11] Coudeville L, Brunot A, Giaquinto C, Lucioni C, Dervaux B. Varicella vaccination in Italy: An economic evaluation of different scenarios. Pharmacoeconomics 2004; 22(13): 83955.

[12] European Commission - The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060).

[13] Observatory for Sociopolitical Developments in Europe. Senior Citizens and Volunteering in the European Union. November 2011. http://www.sociopolitical-observatory.eu/uploads/tx_ aebgppublications/Backgr ound paper _Senior _ Citizens _ Volunteering _ 11 _ 2011_BEO.pd



data stampa
dal 1980 monitoraggio media